

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

19

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 novembre 1905, à 1 heure

Par A. COLTELLONI

Né à La Colle (Alpes-Maritimes), le 16 août 1873.

SUR LA PRÉSENCE DE TISSU LYMPHOÏDE

DANS LA PAROI DE CERTAINS KYSTES BRANCHIAUX DU COU

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. RECLUS, professeur.

ROGER,
TEISSIER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	SEGOND.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	RECLUS
	DE LAPPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PINARD.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RÉNON.
BRINDEAU.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL. <i>Chef des</i>
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MAILLARD.	<i>travaux anatomiques</i>
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNÉO.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR JEAN COLTELLONI

DE LA FACULTÉ DE PISE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

FRANÇOIS COLTELLONI

LIEUTENANT AU 2^e VOLTIGEURS DE LA GARDE IMPÉRIALE
TUÉ A MAGENTA — MÉDAILLE DE CRIMÉE

PAUL COLTELLONI

INGÉNIEUR

ANCIEN CAPITAINE DES FRANCS-TIREURS DE LA SEINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Défense de Châteaudun).

JEAN-BAPTISTE COLTELLONI

CONSUL DU VÉNÉZUÉLA A SAINTE CROIX-DE-TÉNÉRIFFE
CHEVALIER DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

A MON PÈRE

A. COLTELLONI

ÉCONOME HONORAIRE DES LYCÉES — OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MA MÈRE

A vous deux, l'hommage respectueux de votre fils, faible reconnaissance de tous les sacrifices que vous vous êtes imposés pour lui.

A MES PARENTS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR BAPTISTE FOLACCI

CONSEILLER GÉNÉRAL DE LA CORSE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA PITIÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0045

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous arrivons aujourd'hui, à la soutenance de notre thèse inaugurale et au moment de dire adieu à la vie d'étudiant, nous éprouvons un profond regret : il nous est particulièrement pénible de nous séparer de nos amis, ainsi que des excellents maîtres qui ont concouru avec une réelle bienveillance à notre éducation médicale ; mais, d'autre part, il nous est doux de penser que nous allons trouver au milieu des nôtres une affection et un appui qui ne nous a jamais fait défaut et qui nous a permis d'arriver à la fin de nos études.

Sur le point d'aborder notre sujet, nous tenons à nous conformer à un usage que la coutume a justement établi. Nous avons durant le cours de nos études contracté de nombreuses dettes de reconnaissance.

Les premières années de nos études médicales se sont passées à l'Ecole de médecine de Marseille et notre souvenir va d'abord aux maîtres qui ont dirigé nos premiers pas.

Profonde est notre satisfaction de remercier ici MM. les D^{rs} Villeneuve, Villars, Laget, d'Astros, Boy-Tessier et Michel, dont l'enseignement clinique et bienveillant nous a été d'un précieux concours.

A notre arrivée à Paris, nous avons pu passer un an dans le service du regretté D^r Gombault à l'Hospice d'Ivry, dont nous nous rappellerons toujours la bonté et la solli-

citude. Sous la direction de ce maître, nous nous sommes initié aux principes de l'anatomie pathologique.

Pendant le séjour dans ce même hospice nous avons pu également apprendre les éléments de la matière médicale et de la thérapeutique, grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Richaud auquel nous adressons ici nos plus sincères remerciements.

Dans le service du D^r Thoinot, nous avons complété d'une façon sérieuse notre enseignement médical et grâce aux excellentes leçons de M. le D^r Hartmann, notre savoir chirurgical s'est fortifié de la méthode claire et précise de ce maître bienveillant.

Nous avons fait notre stage d'accouchement à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Bonnaire, dont nous ne saurions oublier les remarquables leçons pratiques.

Nous tenons aussi à adresser toute notre reconnaissance au D^r Delaage qui s'est toujours montré pour nous un ami sincère et dévoué.

Que M. le D^r Lecène reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre dévouement. Nous lui devons, en effet, non seulement l'inspiration de notre thèse, mais il a eu encore l'obligeance et l'amitié de mettre à notre disposition les deux observations inédites qui ont fait le sujet de notre travail ; et il a bien voulu nous guider de son savoir et de sa grande expérience.

M. le professeur Terrier nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer, avec nos respectueux remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Les kystes branchiaux du cou sont aujourd'hui assez bien connus grâce aux travaux de Lannelongue et Achard (1890), de Kostanecki et Mielieki (1890), de Broca (*Traité de chirurgie*, 1891 et 1898), sans compter de nombreuses thèses et publications variées sur le même sujet.

Nous ne voulons insister ici que sur un seul point de l'étude anatomique de ces kystes branchiaux, à savoir *la présence dans la paroi de certains kystes d'une quantité plus ou moins considérable de tissu lymphoïde*.

Nous en avons observé récemment deux exemples des plus nets et nous croyons que de cette constatation histologique on peut déduire un certain nombre de considérations intéressantes, et en particulier démontrer que les kystes ganglionnaires du cou décrits par M. Albarran (1) n'existent pas et ne sont que des kystes branchiaux à structure particulière.

Voici d'abord les deux observations recueillies par M. le D^r Lecène dans le service de notre maître, M. le professeur Terrier :

Observation I.

Mlle J..., âgée de 19 ans, opérée le 6 février 1904 d'un kyste dermoïde du cou à droite.

Il y a deux ans, par hasard, la malade a constaté à la partie droite

(1) ALBARRAN, *Archives de Physiologie*, 1885, p. 168.

du cou une tuméfaction légère, qui ne faisait une saillie appréciable que lorsqu'elle tournait fortement la tête à gauche.

L'accroissement de la tumeur fut depuis lors très lent et indolore.

Le 6 février 1904, on constate au niveau de la partie droite du cou une tuméfaction du volume d'une orange, un peu étalée, siégeant à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. La tumeur est très limitée, mobile, sous-musculaire (car si l'on vient à faire contracter le sterno-mastoïdien, la tumeur s'immobilise en partie et paraît plus profonde) ; la tumeur est nettement fluctuante.

On ne trouve à côté de cette tumeur aucun ganglion appréciable ; il n'y a jamais eu d'adénopathies cervicales ; la malade ne tousse pas et l'auscultation ne permet de révéler aucune lésion pulmonaire.

On porte le diagnostic vraisemblable de kyste branchial du cou.

L'OPÉRATION fut pratiquée le 6 février 1904 par M. le Dr Gosset.

Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, longue de 6 centimètres. Section du peaucier que l'on trouve très développé ; on isole et on récline en arrière le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Alors apparaît la tumeur recouverte par un *lacis veineux* très développé ; l'énucléation est facile grâce à un plan de clivage celluloux.

Au cours de l'ablation, la tumeur s'est ouverte et son contenu (liquide blanchâtre d'aspect purulent) s'est en partie écoulé au dehors.

Après ablation de la tumeur, on aperçoit au fond de la plaie les vaisseaux carotidiens et le trou veineux thyro-linguo-facial.

On pratique ensuite l'hémostase et la suture cutanée sans drainage. La guérison a lieu rapidement par *première intention*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'examen histologique de la paroi kystique qui a été pratiqué par M. le Dr Lecène, a permis de constater à un faible grossissement, que cette paroi est constituée de dehors en dedans :

1° Par une capsule d'enveloppement fibreuse, formée de tissu conjonctif adulte, parsemée de quelques vaisseaux.

2° Par un revêtement interne qui comprend lui-même deux portions bien différentes (V. fig. 1).



FIG. 1. — Coupe de la paroi du kyste de l'observation I. On voit bien l'infiltration lymphoïde sous-jacente à l'épithélium du kyste et la figure rappelle beaucoup la structure de l'amygdale normale. Au centre de la préparation on aperçoit un centre germinatif analogue à ceux des ganglions lymphatiques.

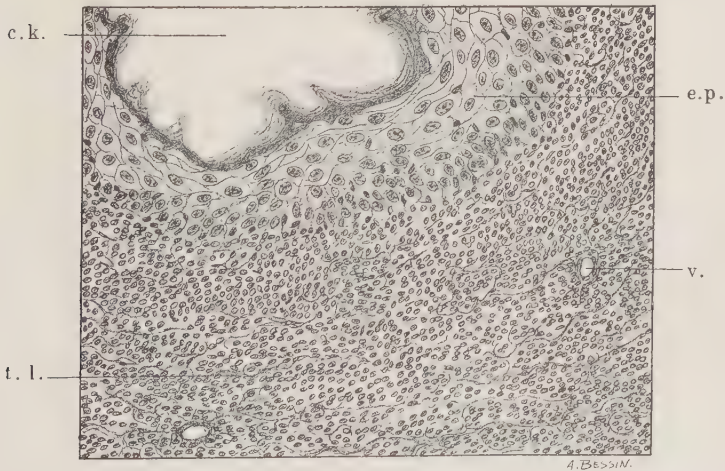


FIG. 2. — On voit ici à un plus fort grossissement les rapports de l'épithélium pavimenteux et de l'infiltration du tissu lymphoïde sous-jacent.

c.k. — Cavité kystique.

t.l. — Tissu lymphoïde.

e.p. — Epithélium pavimenteux.

v. — Vaisseau.

a) En dedans un épithélium pavimenteux stratifié avec couche basale bien développée ; nulle part il n'existe de cellules chargées d'éléidine, ni de couche cornée ;

b) En dehors et séparée de l'assise épithéliale par une membrane basale extrêmement mince, on rencontre une épaisse couche de tissu lymphoïde qui présente même en certains points des centres germinatifs des plus nets (V. fig. 1). L'épithélium pavimenteux de revêtement s'enfonce même en de profondes invaginations au sein de la nappe réticulée sous-jacente.

Lorsque l'on étudie les coupes à un plus fort grossissement, on constate que l'épithélium pavimenteux possède des filaments d'union ; de plus, la structure du tissu lymphoïde apparaît beaucoup plus nettement (V. fig. 2) et l'on voit très bien le réticulum coloré en rouge vif par le Van Gieson, enfermant dans ses mailles de nombreux lymphocytes : l'épithélium pavimenteux est même pénétré par des leucocytes, comme on le constate normalement au niveau de l'amygdale par exemple.

Observation II.

Un jeune homme de 21 ans entre dans le service de M. le professeur Terrier le 16 février 1904, pour une tumeur du cou.

Cette tumeur serait apparue il y a deux ans, à la suite d'un *rhume* ; le malade aurait eu à ce moment des ganglions cervicaux volumineux qui diminuèrent ensuite ; mais il resta toujours un ganglion assez gros dans la région cervicale gauche.

La tumeur à ce moment là était grosse comme une noisette ; elle resta telle pendant 22 mois.

Il y a deux mois, le malade remarqua que sa tumeur grossissait et actuellement elle a atteint le volume d'une petite orange. Le malade dit avoir *maigri* pendant l'hiver dernier, au moment où sa tumeur cervicale s'accrut.

Actuellement (18 février 1904) : on constate dans la région carotidienne gauche une tumeur du volume d'une mandarine ; elle s'étend en haut jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur, en arrière elle ad-

hère au sterno-mastoïdien, en avant elle s'avance jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde, en bas elle descend jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. La tumeur est de consistance dure en arrière, là où elle adhère au sterno-mastoïdien ; en avant au contraire, elle est de consistance beaucoup plus molle et en un point même elle est fluctuante. La contraction entravée du sterno-mastoïdien immobilise en partie la tumeur. Celle-ci ne présente pas traces de battements, ni de réductibilité ; elle est très peu douloureuse à la pression et la peau glisse à sa surface. Il n'existe pas d'autres ganglions perceptibles au niveau du cou, des aisselles, ni des aines.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la rougeole vers la quatrième ou cinquième année. Il est sujet à des amygdalites fréquentes. De plus, tous les hivers depuis quelques années le malade tousse. Enfin il a été réformé l'année dernière.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une fluxion de poitrine à 52 ans. La mère et ses frères sont tous bien portants.

A l'auscultation des pounons, on entend une respiration normale des deux côtés ; il n'y a jamais eu d'hémotypsie ni de pleurésie.

On fait le diagnostic de *ganglion tuberculeux du cou suppuré*.

Le 25 février le malade est opéré par M. Dujarier, chef de clinique. On pratique une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien du côté gauche. L'énucléation de la tumeur est chose facile en avant et en haut ; au contraire en bas et en dehors, il existe une sorte de pédicule qui relie la tumeur kystique au muscle sterno-mastoïdien. Au cours des manœuvres de dissection, la poche kystique est rompue et il s'écoule un liquide verdâtre d'aspect purulent. On pratique l'extirpation complète de la poche, l'hémostase est faite, et l'on suture en ayant soin de drainer.

Le malade sort guéri de l'hôpital au bout de dix jours.

EXAMEN HISTOLOGIQUE fait par M. Lecène. La paroi kystique examinée à un faible grossissement (V. fig. 3) nous a montré la structure suivante :

- 1° En dehors, une coque fibreuse dense et peu vasculaire ;
- 2° En dedans, un revêtement composé :

a) D'un épithélium pavimenteux stratifié, sans cellules à éléidine, ni couche cornée.

b) D'une nappe de tissu lymphoïde séparée de l'épithélium par une membrane basale très mince. Ce tissu lymphoïde examiné à un fort grossissement montre un beau réticulum renfermant dans ses



FIG. 3. — Coupe de la paroi du kyste de l'observation II. On voit l'infiltration lymphoïde sous-jacente à l'épithélium pavimenteux.

e.p. — Épithélium pavimenteux.

t.l. — Tissu lymphoïde.

t.c. — Tissu conjonctif.

v. — Vaisseau.

mailles de nombreux lymphocytes. On ne constate pas ici, comme dans l'observation précédente, de centres germinatifs et d'une façon générale la nappe du tissu lymphoïde est ici beaucoup moins abondante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voici donc deux observations de kystes branchiaux du cou où nous avons trouvé indiscutablement du *tissu lymphoïde*, plus ou moins abondant, au-dessous de l'épithélium pavimenteux de revêtement de la face interne du kyste.

Ces faits sont-ils isolés, exceptionnels ? Nous ne le croyons pas : de pareilles constatations ont déjà été faites. Nous allons en rapporter ici un certain nombre d'exemples recueillis dans la littérature médicale.

L'observation la plus ancienne appartient à Lücke (1). En étudiant histologiquement la paroi d'un kyste profond du cou, opéré par Langenbeck, Lücke trouva une telle quantité de tissu lymphoïde qu'il crut à la présence d'un ganglion lymphatique accolé au kyste athéromateux. De bonnes figures histologiques accompagnent cet article, on y voit que la paroi kystique était formée, absolument comme dans nos deux observations d'un épithélium pavimenteux stratifié, reposant sur une couche de tissu réticulé, infiltré de lymphocytes, rappelant tout à fait la structure du tissu lymphoïde normal. Lücke publie ce fait étrange sans chercher à l'expliquer ; ce qui lui paraît le plus vraisemblable c'est que le kyste « athéromateux », comme il l'appelle à cause de la présence à son intérieur d'une

(1) LÜCKE, *Archiv für klin. Chirurgie*, t. I, p. 356, 1861.

bouillie jaunâtre, s'est développé à l'intérieur d'un ganglion. Cette explication reste obscure, nous pourrions dire absolument incompréhensible aujourd'hui.

Schede (1), en 1872, publie une observation en tous points comparable à la précédente. Il s'agit d'un kyste du cou, dont la paroi était composée d'un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une couche de tissu lymphoïde, comme dans le fait de Lücke. Schede est également très embarrassé pour expliquer cette constatation histologique ; il croit à *un englobement dans un ganglion lymphatique de la paroi du kyste*. Dans le même article Schede rapporte deux cas de kystes profonds du cou, où il n'a trouvé que de l'épithélium pavimenteux, sans glandes annexes sudoripares ou sébacées et sans tissu lymphoïde.

Neumann et Baumgarten (2) relatent deux observations de kystes dermoïdes du cou, où ils ont trouvé en certains points un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur du tissu lymphoïde, et en d'autres points un épithélium cylindrique cilié tout à fait semblable à celui de la trachée normale par exemple.

Ces faits sont évidemment plus complexes ; mais nous ne retiendrons pour le moment que la présence du tissu lymphoïde sous-jacent à l'épithélium pavimenteux stratifié.

En 1885, à la Société anatomique de Paris, M. Albarran (3) présenta une pièce enlevée par Campenon. C'était

(1) SCHEDE, *Archiv für klin. Chirurgie*, t. XIV, p. 1.

(2) NEUMANN et BAUMGARTEN, *Archiv für klin. Chirurgie*, 1877, t. XX, p. 819.

(3) ALBARRAN, *Bulletins de la Société anatomique*, 1885, p. 298.

un kyste profond du cou dont la paroi montrait, en dehors d'un épithélium pavimenteux stratifié, une telle quantité de tissu lymphoïde que l'auteur conclut au développement du kyste à l'intérieur d'un ganglion lymphatique, comme Lücke et Schede.

Cette interprétation pathogénique est absolument incompréhensible, car on se demande vraiment comment en dehors d'une métastase de néoplasme malin, un épithélium pavimenteux stratifié pourrait ainsi se développer au milieu d'un ganglion lymphatique ?

Dans un mémoire des *Archives de Physiologie* de 1885, M. Albarran reprit cette observation en en tirant les mêmes conclusions.

Dans la thèse de Mlle Sulicka (1), nous trouvons une observation intéressante non pas de kyste il est vrai, mais de fistule congénitale bilatérale du cou, opérée par A. Broca. L'examen histologique fait par M. Darier, mérite d'être rapporté tout au long, car il est absolument superposable aux deux observations, dues à l'obligeance et à l'amitié de M. le Dr Lecène et que nous avons rapportées plus haut : « La structure de la paroi de la fistule est en résumé la suivante :

« 1° Epithélium stratifié pavimenteux d'épaisseur variable, comprenant en moyenne 10 à 12 rangées de cellules. Les cellules les plus internes sont aplaties parallèlement à la surface, toutes ont un ou deux noyaux ; il n'y a pas de stratum granulosum et par conséquent ni d'éléidine,

(1) Mlle SULICKA, Thèse Paris, 1894, n° 492.

Coltelloni

ni de kératinisation vraie de cet épithélium qui ressemble à celui d'une muqueuse dermo-papillaire ;

« 2° Le chorion sous-jacent a une surface irrégulière, l'épithélium en tapisse les dépressions et en masque plus ou moins les saillies qui sont analogues à des papilles. La couche sous-jacente à l'épithélium est composée de tissu conjonctif très riche en cellules rondes, c'est-à-dire de tissu adénoïde. Les travées très fines du réseau s'appuient comme d'ordinaire sur les parois des capillaires. Les cellules lymphatiques comprises dans les mailles sont presque partout très abondantes et masquent en partie le réseau. Au-dessus de cette couche adénoïde dont l'épaisseur est variable, mais qui existe partout au-dessus de l'épithélium est la troisième couche composée de tissu conjonctif dense contenant des vaisseaux artériels et veineux, des nerfs, des fibres musculaires lisses toutes coupées transversalement et disposées par conséquent parallèlement à l'axe de la fistule. On trouve enfin dans cette couche conjonctive quelques glandes muqueuses ayant absolument la structure des glandes salivaires : leurs canaux excréteurs tapissés de cellules cylindriques traversent la couche adénoïde ; il est vraisemblable qu'ils viennent s'ouvrir sur la surface épithéliale. »

« *Il est à remarquer, ajoute M. Darier, que la paroi de cette fistule présente exactement la même structure que celle du kyste décrit par M. Albarran (1) sous le nom de kyste ganglionnaire du cou. Il est donc très probable que le kyste de M. Albarran n'était qu'un kyste d'origine branchiale.* »

(1) ALBARRAN, *Archives de Physiologie*, 1885.

Cette remarque de M. Darier est absolument juste et nous donne l'explication simple et logique de ces fameux kystes ganglionnaires, absolument incompréhensibles autrement.

Pilliet avait d'ailleurs déjà fait remarquer à la Société anatomique, que vu l'abondance du tissu lymphoïde autour du pharynx, dans la zone branchiale par conséquent, la participation des « ganglions » pour expliquer la structure des kystes, n'était nullement nécessaire.

Plus récemment, en Allemagne, Sultan (1) a rapporté cinq observations de kystes dermoïdes du cou dont il a pratiqué personnellement l'examen histologique. Sur ces cinq observations, quatre fois Sultan a trouvé sur la paroi du kyste un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée, ni éléidine et reposant sur une couche plus ou moins épaisse de tissu réticulé. Dans un cas même (Obs. I) il existait de véritables follicules, avec centres germinatifs, comme dans la première observation rapportée ci-dessus.

Dans un seul cas, sur les cinq rapportés, le kyste branchial était vraiment dermoïde, c'est-à-dire que sa paroi était tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié avec couche cornée et renfermant en outre, des poils, des glandes sébacées et sudoripares et des fibres musculaires lisses.

Nous voyons donc par l'étude de ces quelques observations accompagnées toutes d'un examen histologique complet que la présence du tissu lymphoïde, en nappe, présentant même parfois de véritables follicules, avec centres

(1) SULTAN, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1898, Bd. 48, p. 113.

germinatifs est loin d'être exceptionnelle dans la paroi des kystes dits « dermoïdes » du cou.

Et cependant, il nous semble, que l'on n'a pas encore suffisamment attiré l'attention sur ces faits dans les études publiées en France sur les kystes du cou et dans les traités classiques (sauf cependant dans l'article du *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. V, 2^e édit., 1898, dû à A. Broca).

En effet, dans le *Traité* classique de Lannelongue et Achard sur les *kystes congénitaux* (1886), les auteurs n'attirent pas l'attention sur ce fait intéressant des structures et ne parlent que des *vrais kystes dermoïdes*, dont la paroi a la structure de la peau et qu'ils opposent *aux kystes mucoïdes* tapissés d'épithélium cylindrique souvent cilié.

De même, dans son *Traité* également classique sur les *affections congénitales*, M. Kirmisson ne parle pas des kystes présentant une couche lymphoïde dans leur paroi : ses conclusions sont tout à fait analogues à celles de Lannelongue : « Au point de vue de la nature de l'épithélium tapissant la paroi interne, il y a lieu de diviser ces kystes en deux grandes variétés : les uns sont de *nature dermoïde* : leur contenu est mélicérique, ils renferment parfois des poils et leur paroi est revêtue d'épithélium pavimenteux ; les autres sont des *kystes mucoïdes* contenant un liquide muqueux, filant et tapissés par un épithélium cylindrique possédant parfois des cils vibratils » (1).

(1) KIRMISSON, *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898, p. 157.

PATHOGÉNIE

Nous voyons donc qu'il n'était pas superflu de reprendre l'étude de ces faits anatomiques, encore peu ou mal connus.

Quelle est la signification pathogénique de la présence de ce tissu lymphoïde ? Elle nous semble fort simple et nous nous rallions absolument à l'opinion soutenue par Pilliet et qui est d'ailleurs classique en Allemagne, comme on peut s'en rendre compte en lisant l'excellent article de Jordan (1) :

La présence de tissu lymphoïde dans la paroi d'un kyste branchial du cou à revêtement pavimenteux stratifié permet d'assigner à ce kyste une origine pharyngienne entodermique.

On sait en effet, que la caractéristique histologique de la muqueuse pharyngienne est justement sa richesse en tissu lymphoïde, et cela très précocement, dès le début de la vie fœtale (troisième mois de la vie fœtale).

Voici ce que dit Kollmann (2) au sujet du développement des amygdales :

« Les amygdales se développent en arrière du stomatodœum (Mundbücht) et de son revêtement ectodermique ;

(1) JORDAN, *Handbuch der praktische Chirurgie*, von BERGMANN, BRUNS, MIKÜLICZ, Bd. II, p. 418.

(2) KOLLMANN, *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen*, 1898, p. 336.

elles apparaissent vers le troisième mois comme une invagination de la paroi du pharynx, correspondant à l'espace compris entre la deuxième et la troisième fente branchiale et revêtue par l'entoderme. Au quatrième mois les amygdales ont la forme d'une fente au fond de laquelle s'ouvrent plusieurs invaginations plus profondes, revêtues d'épithélium pavimenteux. Ces invaginations épithéliales s'enfoncent dans le mésoderme sous-jacent, entre les replis palato-glosse en avant et pharyngo-glosse en arrière ; dans ce mésoderme très précocement apparaît une infiltration leucocytaire diffuse. Dès la première année, des « follicules clos » s'isolent au milieu de cette nappe lymphoïde mésodermique. »

Nous avons fait reproduire ici, une préparation de la collection du Dr Lecène qu'il a mise obligeamment à notre disposition ; elle représente l'amygdale en voie de développement sur un fœtus humain de 5 mois (fig. 4 et 5). Sur la figure 4 on voit bien les invaginations entodermiques détachées de la fente amygdalienne primitive qui s'enfoncent dans le mésoderme sous-jacent, infiltré d'une grande quantité de lymphocytes et de leucocytes polynucléaires ; c'est l'ébauche de l'amygdale future ; elle ne contient pas encore de follicules clos différenciés au sein de la nappe lymphoïde.

La figure 5 montre un point de la même coupe vu à un fort grossissement : on y voit le fond d'une invagination entodermique, tapissée d'épithélium pavimenteux stratifié, s'enfonçant dans le mésoderme infiltré de leucocytes ; certains leucocytes même traversent la muqueuse en se glissant entre les cellules épithéliales.



FIG. 4. — Amygdale de fœtus humain de cinq mois (faible grossissement).
p. a. — Pilier antérieur du voile en coupe.
t. l. — Tissu lymphoïde.
cr. am. — Crypte de l'amygdale.



FIG. 5. — Un point de la coupe précédente vu à un fort grossissement. On peut remarquer la très grande ressemblance de cette figure et de la figure 2 (p. 11).
t. l. — Tissu lymphoïde.
cr. — Crypte.
e. p. — Epithélium pavimenteux.

On ne peut qu'être frappé par l'identité de structure que nous montre cette préparation et celles que nous avons déjà figurées plus haut (V. fig. 1, 2 et 3) ; l'analogie est surtout frappante entre la figure 2 et la figure 3 qui sont exactement superposables. Il nous semble donc absolument évident que les kystes présentant une structure analogue à celle que nous avons décrite dans les deux observations doivent être rapportés à un véritable pincement entodermique de la paroi pharyngienne primitive, au point où elle donne naissance à l'amygdale, c'est-à-dire entre le troisième et le quatrième arc branchial. C'est absolument par le même processus que l'on explique, depuis les premiers travaux de Verneuil, la formation des kystes *dermoïdes* véritables par un pincement, puis un enclavement ectodermique au niveau des fentes branchiales. Une autre preuve très importante de ce que nous avançons, nous est fournie par l'étude des fistules congénitales du cou. Voyons par exemple le fait de Broca, rapporté par Mlle Sulicka déjà cité plus haut : la fistule, dont la paroi offre une structure absolument superposable à celles de nos kystes, vient finir derrière le digastrique dans la région sus-hyoïdienne, c'est-à-dire en un point correspondant exactement à la région amygdalienne ; ici encore, c'est à une persistance anormale de la *portion entodermique* de la deuxième ou de la troisième poche branchiale qu'il faut attribuer le développement de cette fistule borgne externe ; que la fistule ait été fermée du côté de la peau et on aurait eu une formation kystique absolument semblable à celles que nous avons décrites.

Une autre preuve nous est encore fournie par un cas

très curieux que nous trouvons rapporté dans Bottini (1).

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, opéré par Bottini d'une tumeur congénitale kystique de la région carotidienne droite : la tumeur dont l'extirpation fut pénible à cause des adhérences multiples avec la paroi pharyngienne en particulier, contenait à son intérieur une bouillie extrêmement fétide, renfermant indiscutablement à l'examen microscopique des *débris alimentaires* (fragments de fibres musculaires striées) ; il y avait donc communication avec le pharynx, bien qu'au moment de l'opération on n'ait pas aperçu de pertuis ; mais il est probable qu'il fut compris dans une des nombreuses ligatures que nécessita l'extirpation. La paroi de ce diverticule kystique du pharynx montra qu'elle était recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, reposant sur une couche de tissu lymphoïde, absolument comme la muqueuse normale du pharynx dans la région où se développent des formations amygdaliennes.

Dans cette observation, nous saisissons sur le fait l'isolement d'un diverticule de la paroi du pharynx qui devient presque un kyste, l'orifice de communication étant si minime qu'il échappe à l'opérateur au cours de l'opération.

Ainsi nous comprenons bien, à l'aide de ces rapprochements de nos kystes et des observations des fistules congénitales et des diverticules du pharynx, la genèse des kystes branchiaux d'origine entodermique pharyngée. Nous pourrions même ajouter que l'enclavement doit presque toujours se faire aux dépens de la deuxième et troisième

(1) BOTTINI, *La Chirurgica del Collo*. Milano, 1896, p. 34.

poche branchiale, en un point correspondant à la place occupée plus tard par l'amygdale : c'est en effet en ce point que viennent s'ouvrir la plupart des fistules congénitales latérales du cou et, d'autre part, on sait que la majeure partie des kystes dermoïdes véritables, ectodermiques, de la région latérale du cou se développent aux dépens de la deuxième poche branchiale.

Les observations comme celles citées plus haut de Neumann et Baumgarten, où l'on trouve dans le revêtement de la paroi kystique à la fois un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une couche de tissu lymphoïde et un épithélium cylindrique cilié, ne sont pas plus difficiles à interpréter, malgré leur complexité apparente : en effet, la muqueuse pharyngée est primitivement tapissée d'un épithélium cylindrique cilié qui se transforme ensuite (sauf à la partie supérieure du pharynx nasal) en un épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée. La présence des deux variétés d'épithélium dans un même kyste est donc facile à comprendre, et le fait s'observe d'ailleurs en d'autres régions du tube digestif ; il existe des observations de kystes placés le long de l'œsophage et dont la paroi est tapissée d'épithélium cylindrique cilié, ils sont susceptibles de la même interprétation.

D'après ce que nous venons d'observer, nous sommes en droit de conclure que les classifications simples des kystes branchiaux en *dermoïdes* et *mucoïdes* adoptées par Lannelongue et Kirmisson, et considérées comme classiques en France, ne sont pas suffisantes. A notre avis, voici comment on peut interpréter et classer les différents kystes congénitaux du cou, en laissant de côté naturellement les

kystes séreux, qui sont des lymphangiomes kystiques, pour ne parler que des kystes branchiaux :

1° *Kystes branchiaux dermoïdes véritables*.— Ils ont un revêtement formé d'épithélium pavimenteux stratifié avec éléïdine et couche cornée, des poils, des glandes sébacées, des glandes sudoripares. Ils sont très vraisemblablement dus à l'enclavement d'une portion de la face externe, entodermique d'une fente branchiale, presque toujours la *deuxième* pour les kystes latéraux du cou, qui peuvent occuper la région carotidienne dans toute sa hauteur ;

2° *Kystes branchiaux « amygdaloïdes »*.— Ce sont ceux dont nous avons rapportés ici deux observations. Ils ont un revêtement formé par un épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée, sans glandes annexes de la peau et *reposant sur une couche plus ou moins abondante de tissu lymphoïde avec ou sans formation de follicules clos* ; accessoirement l'épithélium peut être cylindrique, cilié en certains points. Ils reconnaissent très probablement comme origine un enclavement de la face interne entodermique de la deuxième ou troisième poche branchiale. Ils sont presque toujours latéraux et occupent soit la région sous-maxillaire, soit la région carotidienne dans toute son étendue ;

3° *Kystes branchiaux thyroïdiens*.— Leur paroi est revêtue tantôt d'un épithélium pavimenteux sans couche cornée, tantôt d'un épithélium cylindrique cilié ; dans le tissu conjonctif de la paroi on a pu retrouver des débris *thyroïdiens* (Hoeckel). Ces kystes, presque toujours *médians* (sus-hyoïdiens ou sous-hyoïdiens), proviennent des débris du canal thyro-glosse de His (1891) : ces faits sont aujourd'hui très connus.

Ajoutons que dans la paroi de toutes ces variétés de kystes on a pu rencontrer accessoirement des débris de cartilage, de fibres musculaires lisses, voire même striées ; on le comprend aisément, puisque ces différents tissus entrent dans la composition des arcs branchiaux intermédiaires aux poches branchiales.

On voit que dans cette classification nous avons laissé complètement de côté l'épithète de « *mucoïde* » qui nous paraît propre à entretenir la confusion : ce terme appartient en effet à une époque où l'on classait surtout les kystes en se basant sur leur contenu qui peut être en effet ou bien une bouillie jaunâtre mélicérique, ou bien un liquide muqueux, filant. Ces caractères sont insuffisants et trompeurs pour baser une classification et il n'y a, nous le répétons, qu'un seul critérium, c'est l'étude histologique de la paroi de la poche kystique.

Il est difficile d'établir la fréquence relative des deux grandes variétés de kystes branchiaux de la *région latérale du cou*, les seuls dont nous nous occupons ici ; les dermoïdes véritables nous paraissent plus rares qu'on ne le croit en général et, à notre avis, il nous semble que les kystes « amygdaloïdes », si l'on nous permet ce néologisme correct étymologiquement et histologiquement, sont plus fréquents. Le mémoire de Sultan déjà cité, nous montre en effet cinq observations de kystes branchiaux observés par le même auteur dans un laps de temps assez long ; eh bien ! quatre fois sur les cinq faits rapportés, il s'agissait de kystes « amygdaloïdes », entodermiques par conséquent et une seule fois de kyste « dermoïde », ectodermique véritable.

D'ailleurs, on ne pourrait juger définitivement cette question que sur un grand nombre d'observations complètes, avec examen histologique sérieux, et il nous semble qu'à l'heure actuelle nous ne possédons pas encore tous les éléments nécessaires.

SYMPTOMES

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans ajouter quelques considérations sur les rapports anatomiques, les symptômes, et le traitement de ces kystes branchiaux de la région latérale du cou.

Les kystes branchiaux amygdaloïdes, dont nous avons parlé ici sont des kystes profonds de la région latérale du cou. On les rencontre avec une égale fréquence dans la région sous-maxillaire et dans la région carotidienne supérieure ; débordant en général en avant le sterno-cléido-mastoïdien, ils peuvent être en partie cachés sous ce muscle comme dans nos deux observations. Toujours sous-jacents au peaucier et à l'aponévrose moyenne du cou, ils occupent une situation variable et presque impossible à déterminer par rapport au paquet vasculo-nerveux du cou. Le fait intéressant pour le chirurgien, c'est que ces kystes branchiaux ont toujours des rapports assez intimes avec les gros vaisseaux ; dans nos deux cas, ils étaient plus superficiels que la jugulaire et ne lui adhéraient que lâchement, ce qui rendit leur énucléation facile ; mais dans d'autres cas, on peut trouver des adhérences plus intimes avec les gros vaisseaux, ce qui rend plus laborieuse l'opération. Parfois on a pu trouver un pédicule fibreux rattachant le kyste soit à l'*os hyoïde*, soit à la paroi latérale du pharynx à ce niveau. Le développement nous explique

facilement ces rapports anatomiques du kyste et nous n'avons pas besoin d'insister autrement.

Le kyste enlevé est en général une *poche uniloculaire* du volume d'une mandarine ou d'une orange ; la paroi est fibreuse, dense, en général résistante, ce qui n'est pas sans intérêt pour le chirurgien qui peut ainsi la suivre de très près au cours de l'énucléation. L'épaisseur de cette paroi est malheureusement très variable et souvent inégale, si bien qu'en un point la poche kystique très mince, peut être facilement perforée au cours de l'opération, tandis qu'en un autre point elle sera beaucoup plus épaisse et ne risquera pas d'être déchirée même avec une traction énergique. Le kyste ouvert présente un contenu variable d'aspect, mais qui peut être absolument *puriforme* ; il en était ainsi dans notre deuxième observation où l'on croit, même l'extirpation une fois faite, qu'il s'agit d'un ganglion tuberculeux ramolli et suppuré ; d'autres fois ce contenu kystique peut être plus épais, demi-solide, rappelant alors absolument celui des *kystes sébacés*.

Les Allemands ont appelé longtemps ces kystes branchiaux *tiefe Atheromcysten des Halses*, à cause justement de cette ressemblance de leur contenu avec la bouillie sébacée.

A l'examen microscopique, le contenu du kyste renferme surtout des cellules épithéliales pavimenteuses analogues à celles qui proviennent de la desquamation de la muqueuse buccale, des leucocytes, des paillettes de cholestérine et de plus rares globules rouges. Il est inutile de rappeler que jamais ces kystes branchiaux « amygdaloïdes » ne contiennent de poils, ni de matière sébacée véritable.

Examinée à l'œil nu la paroi de ces kystes présente souvent un aspect très particulier : la surface du kyste est irrégulière, mamelonnée, inégale, on y voit de petites éminences sessiles, séparées par des sillons. Bottini, dans son observation de diverticule pharyngien devenu kystique, compare l'aspect de la paroi à celui du pharynx atteint de pharyngite chronique, ce qui donne bien l'idée de cette apparence mamelonnée, irrégulière. Si l'on vient à fendre cette paroi on voit qu'elle comprend deux couches : l'une interne, grise, plus molle, qui forme les irrégularités, les saillies signalées ci-dessus ; l'autre externe, dense et ferme, d'aspect fibreux.

Si nous comparons ces constatations macroscopiques avec les résultats des examens histologiques, nous comprenons sans peine que la couche interne, molle et grisâtre correspond à la « muqueuse du kyste », si l'on nous permet cette expression, avec son épithélium de revêtement et la couche lymphoïde sous-jacente d'épaisseur variable suivant les points. Les élevures, les saillies mamelonnées correspondent à des *follicules clos* qui soulèvent la muqueuse, comme on le voit sur la muqueuse de l'intestin à l'état normal par exemple.

Les kystes branchiaux latéraux sont presque toujours *uniloculaires*, nous l'avons vu : ce n'est cependant pas une règle absolue et dans un certain nombre de cas exceptionnels, comme ceux de Zöppritz (1), on a décrit des kystes branchiaux pluri-loculaires, parfois même la paroi des différentes poches n'a pas la même structure et l'on trouve

(1) ZÖPPRITZ, in *Beiträge zur klin. Chirurgie*, von BRUNS, Bd. 125.

dans l'une un épithélium cylindrique, dans l'autre un épithélium pavimenteux avec couche lymphoïde sous-jacente. L'explication de ces faits bizarres au premier abord nous est facilement donnée par la comparaison avec les fistules branchiales du cou ; on trouve parfois un trajet fistuleux étranglé en plusieurs points, dilatations interpolées aux points rétrécis : qu'il y ait oblitération complète et non plus simple rétrécissement, nous aurons une série de poches kystiques juxtaposées formant une tumeur multiloculaire. Répétons-le encore, ces cas de kystes branchiaux pluriloculaires sont tout à fait exceptionnels.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude histologique de la paroi de ces kystes que nous avons complètement décrite dans la première partie de ce travail.

La symptomatologie de ces tumeurs n'offre rien de spécial ; c'est celle de tous les kystes branchiaux du cou ; nous n'insisterons que sur un point qui n'est pas sans importance clinique : bien que tous les kystes soient certainement congénitaux, beaucoup d'entre eux n'apparaissent qu'à un certain âge, vingt, trente, quarante et même quarante-cinq ans, il ne faut donc pas attacher une importance trop grande à l'existence ancienne ou non de la tumeur pour se prononcer sur sa nature. Les symptômes de compression produits par ces tumeurs sont en général très peu marqués et la douleur est nulle, sauf en cas d'inflammation du kyste, à la suite d'une ponction par exemple.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être fort difficile ; le kyste séreux congénital, c'est-à-dire le lymphangiome kystique, ne prête pas à confusion ; il existe dans la grande majorité des cas depuis la naissance, il est presque toujours multiloculaire ; la tumeur est sous-cutanée, d'une fluctuation évidente, quelquefois même transparente.

Le kyste branchial latéral du cou « dermoïde » ou « amygdaloïde » peut ressembler à s'y méprendre à un *abcès froid ganglionnaire* ; nous avons vu que dans notre seconde observation cette erreur fut commise. On se basera surtout pour faire le diagnostic de kyste branchial, sur l'absence complète d'autres ganglions augmentés de volume ; en effet, il est bien exceptionnel que l'adénopathie tuberculeuse soit uniganglionnaire. Le *goître aberrant* de la région carotidienne inférieure peut être également presque impossible à différencier d'un kyste.

Ajoutons que d'ailleurs ce dernier diagnostic n'a qu'un intérêt très secondaire, le traitement étant le même dans les deux cas.

Nous ne croyons pas que dans le doute il faille faire de ponction exploratrice : en effet, le liquide contenu dans un kyste branchial du cou peut être si parfaitement puriforme d'aspect que l'on croira encore avoir affaire à un

ganglion tuberculeux suppuré, la ponction une fois faite : et si l'on se laisse aller à faire simplement comme traitement une ponction suivie ou non d'injection modificatrice, on n'obtiendra aucun résultat dans le cas de kyste branchial.

TRAITEMENT

Le traitement radical de ces kystes branchiaux ne saurait être que l'*extirpation complète du kyste* ; la moindre partie de la poche oubliée dans la dissection pouvant être le point de départ d'une récurrence. Il faut savoir que, lorsque l'on entreprend l'extirpation de l'un de ces kystes, ce n'est pas une opération absolument simple. Nous avons vu en effet que les rapports de ces poches kystiques avec les gros vaisseaux du cou, la veine jugulaire en particulier, peuvent être très intimes, et l'opération nécessite une bonne technique et une certaine habitude de la chirurgie du cou.

Le meilleur plan opératoire nous paraît être le suivant :

Incision cutanée parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, de longueur variable, mais toujours suffisante pour bien voir ; section du peaucier ; hémostase des veines superficielles. On arrive en général alors sur la tumeur : il faut dès ce moment rechercher avec soin la veine jugulaire et le tronc thyro-linguo-facial ; quand on voit bien ces vaisseaux, on risque infiniment moins de les blesser, que lorsqu'on les dissèque dans leur voisinage, sans savoir exactement où ils se trouvent. S'il existe un plan de clivage net autour du kyste, l'opération sera facile et pourvu que l'on se tienne absolument au ras de la poche, on ne risque guère les blessures vasculaires ou nerveuses. On recommande toujours, et le conseil est excellent

en théorie, d'enlever une poche kystique, comme une tumeur solide, sans l'ouvrir ; malheureusement en pratique, il arrive presque toujours qu'une éraillure de la paroi donne issue au contenu du kyste qui s'affaisse ; il faut alors oblitérer la perforation par une pince et achever rapidement l'énucléation. Si au contraire, le kyste a été enflammé préalablement, il n'existe pour ainsi dire plus de plan de clivage et l'opération est infiniment plus délicate à mener à bonne fin. Il faut alors redoubler d'attention, ne pas s'écarter d'un millimètre de la paroi de la poche, sans avoir de risque de perforer les vaisseaux. Une fois l'énucléation absolument complète de la poche kystique terminée, il ne reste qu'à terminer en faisant une hémostase soignée et la réunion de la peau ; le drainage n'est nécessaire que si le kyste était suppuré ou s'il persiste à la fin de l'opération un suintement sanguin.

L'anesthésie générale est toujours nécessaire, et l'énucléation de ces kystes ne saurait être faite, comme celle des kystes dermoïdes sous-cutanés, à la cocaïne.

La mortalité est nulle aujourd'hui, dans ces sortes d'opérations, lorsqu'elles sont soigneusement faites.

Si par hasard, un malade refusait absolument toute intervention sanglante, on pourrait pratiquer la ponction aspiratrice, suivie d'injection iodée. Esmarck aurait dû à ce procédé quelques succès.

Mais il faut se rappeler que dans la grande majorité des cas, on n'aura ainsi qu'une guérison temporaire, suivie bientôt de récidence.

CONCLUSIONS

Les « *kystes ganglionnaires* » du cou n'existent pas ; ce sont des kystes branchiaux congénitaux dont la paroi présente la structure de la région amygdalienne : ils sont tapissés en effet par un épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée, reposant sur une couche de tissu lymphoïde plus ou moins épaisse, contenant ou non des follicules clos.

On ne peut appeler ces kystes branchiaux « *dermoïdes* », puisqu'ils ne présentent nullement la structure de la peau ; les appeler d'autre part « *mucoïdes* », entretient une confusion avec les kystes du canal thyro-glosse qui ont le plus souvent un contenu liquide, muqueux, visqueux.

Le mieux serait de les appeler « *amygdaloïdes* » ce qui aurait l'avantage de rappeler la structure de leur paroi et le lieu vraisemblable de leur origine ; il est en effet fort probable que ces kystes se développent aux dépens de la paroi interne, entodermique, de la deuxième poche branchiale dont la paroi externe, ectodermique, donne naissance aux *vrais kystes dermoïdes* de la région latérale du cou.

Vu :

Le Président de la Thèse,
F. TERRIER.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran.** — *Archives de Physiologie*, 1885, p. 168.
— *Bulletins de la Société anatomique*, 1885, p. 298.
- Bottini.** — *La Chirurgica del Collo*. Milano, 1896, p. 34.
- Broca (A.).** — Article in *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. V (2^e éd. Paris, 1898).
- Jordan.** — *Handbuch der praktische Chirurgie*, Von BERGMANN, BRUNS, MIKULICZ, Bd. II, p. 118.
- Kirmisson.** — *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898, p. 157.
- Kollmann.** — *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen*, 1898, p. 336.
- Lannelongue et Achard.** — *Traité des kystes congénitaux*, 1886-1890.
- Lücke.** — *Archiv für klin. Chirurgie*, 1861, t. I, p. 356.
- Neumann et Baumgarten.** — *Archiv für klin. Chirurgie*, 1877, t. XX, p. 819.
- Schede.** — *Archiv für klin. Chirurgie*, 1872, t. XIV, p. 1.
- Sulicka (Mlle).** — *Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. — Kystes et fistules du canal de Bochdalek*. Thèse Paris, 1894, n^o 492.
- Sultan.** — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1898. Bd. 48, p. 113.
- Zoppritz.** — *Beiträge zur klin. Chirurgie*, von BRUNS. Bd. 125.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
Introduction.	9
<i>Observation I</i>	9
<i>Observation II.</i>	12
Anatomie pathologique.	15
Pathogénie	21
Symptômes	30
Diagnostic.	34
Traitement.	36
Conclusions	38
BIBLIOGRAPHIE	39
